

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1898

THÈSE

N°

552

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1898, à 1 heure.*

PAR

Amédée FABRE

---

L'APPENDICITE A FORME NÉOPLASIQUE

ÉTUDE CLINIQUE

---

*Président : M. GUYON, professeur,*

*Juges : MM. { PEYROT, professeur.  
                  { POIRIER et ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

---

PARIS

GEORGES CARRE ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N<sup>o</sup> 552

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1898, à 1 heure.*

PAR

Amédée FABRE

L'APPENDICITE A FORME NÉOPLASIQUE

ÉTUDE CLINIQUE

*Président : M. GUYON, professeur,*

*Juges : MM. { PEYROT, professeur.  
                  { POIRIER et ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                             |   |                |
|-----------------------------------------------------------------------------|---|----------------|
| <b>Doyen.</b> . . . . .                                                     |   | M. BROUARDEL   |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                                |   | MM.            |
| Anatomie. . . . .                                                           |   | FARABEUF.      |
| Physiologie. . . . .                                                        |   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale. . . . .                                                  |   | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                                |   | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                        |   | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                              |   | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale . . . . .                                               | } | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                            |   | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique. . . . .                                              |   | LANNELONGUE    |
| Histologie . . . . .                                                        |   | CORNIL.        |
| Opérations et appareils. . . . .                                            |   | MATHIAS DUVAL. |
| Matière médicale et Pharmacologie. . . . .                                  |   | TERRIER        |
| Thérapeutique . . . . .                                                     |   | POUCHET.       |
| Hygiène . . . . .                                                           |   | LAN DOUZY      |
| Médecine légale . . . . .                                                   |   | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                         |   | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale. . . . .                               |   | LABOULBENE.    |
|                                                                             |   | CHANTEMESSE.   |
| Clinique médicale . . . . .                                                 | } | POTAIN.        |
|                                                                             |   | JACCOUD.       |
|                                                                             |   | HAYEM.         |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                                  |   | DIEULAFOY.     |
| Clinique des maladies syphilitiques. . . . .                                |   | GRANCHER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-<br>céphale. . . . . |   | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies nerveuses. . . . .                                    |   | JOFFROY.       |
|                                                                             |   | RAYMOND.       |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                              | } | BERGER.        |
|                                                                             |   | DUPLAY.        |
|                                                                             |   | LE DENTU.      |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                           |   | TILLAUX.       |
| Clinique des voies urinaires. . . . .                                       |   | PANAS.         |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                           | } | GUYON.         |
|                                                                             |   | BUDIN.         |
|                                                                             |   | PINARD.        |

## Agrévés en exercice.

| MM.        | MM.          | MM.                  | MM.       |
|------------|--------------|----------------------|-----------|
| ACHARD.    | GAUCHER      | MARIE.               | SEBILEAU. |
| ALBARRAN.  | GILBERT.     | MENETRIER            | THIERY.   |
| ANDRE.     | GILLES DE LA | NELATON              | THOINOT.  |
| BAR.       | TOURETTE.    | NETTER.              | TUFFIER.  |
| BONNAIRE.  | GLEY.        | POIRIER, chél des    | VARNIER.  |
| BROCA.     | HARTMANN     | travaux anatomiques. | WALTHER.  |
| CHARRIN.   | LEJARS.      | RETTERRER.           | WEISS.    |
| CHASSEVANT | LETULLE      | RICARD.              | WIDAL     |
| DELBET.    | MARFAN.      | ROGER.               | WURTZ.    |

*Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MERE

*Témoignage de ma plus grande  
affection et de ma plus vive  
reconnaissance.*

A MES FRÈRE ET SOEURS

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'hôpital Necker  
Officier de la Légion d'honneur  
Membre de l'Académie de médecine

## INTRODUCTION

A une époque où les traités de pathologie abondent en noms d'auteurs, où il n'est pas de symptômes, de signe, ni de syndrome qui ne porte avec lui le nom de son inventeur, il peut paraître étrange qu'on n'ait fait honneur à personne de la découverte de l'appendicite.

Ce fait paradoxal s'explique très-simplement : dans le principe, pas de nom qui s'impose ; aujourd'hui « ils sont trop ».

On n'a ajouté que des traits de détail au tableau de l'ataxie locomotrice, tel que l'avait tracé Duchesne de Boulogne ; et nous vivons, à peu de chose près, sur la description laissée par Hanot de la Cirrhose hypertrophique — Dans la genèse de l'appendicite rien de tel ; née obscurément, elle a grandi, elle s'est faite elle se fait dans les discussions de nos congrès et nos sociétés savantes — A son édification. médecins et chirurgiens ont collaboré pour une égale part — Peut-on s'étonner, dès lors, que, sur bien des points, l'accord ne soit pas encore complet et que, tout particulièrement en ce qui concerne les théories pathogéniques et les indications opératoires, la formule soit encore à trouver qui ralliera tous les suffrages ?

Si d'ailleurs, toute jeune encore, l'appendicite se présente avec un tel luxe de bibliographie, c'est qu'indépendamment des mémoires originaux, — Contributions indi-

viduelles à l'œuvre collective, — il est peu de questions qui aient suscité en un laps de temps aussi court des exposés, des « mises au point » aussi nombreux, aussi variés : thèses, revues, leçons magistrales n'ont pas manqué, venues, à leur heure, pour fixer chaque étape nouvelle, et retenir chaque fait acquis —

M. le professeur agrégé Legueu, à qui l'on doit l'une de ces monographies, remarquable de clarté et de concision, a su, en collaboration avec M. Beaussenat, différencier un type clinique qu'il a dénommé ; Appendicite à forme néoplasique.

Il a bien voulu nous confier ses observations et le soin de rechercher les cas analogues dans la littérature médicale. Ce témoignage d'estime que nous donne notre excellent maître, nous honore grandement ; nous lui en adressons ici nos vifs remerciements.

Que M. le professeur Guyon qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous permette de lui en exprimer notre plus respectueuse reconnaissance.

Nous tenant uniquement sur le terrain clinique, nous produirons d'abord nos observations, en y ajoutant les quelques cas épars que nous avons pu rassembler ; nous chercherons ensuite à dégager des faits ainsi exposés, le tableau symptomatique aussi complet que possible de la maladie qui nous occupe. Dans un troisième chapitre nous nous efforcerons de différencier ce type clinique des affections qui peuvent le simuler et nous indiquerons comment on pourra, à l'avenir, le dépister. Nous terminerons par de courtes remarques sur le pronostic et le traitement.

## CHAPITRE PREMIER

### Observations

Une loi très générale règle la fortune de toute entité morbide nouvelle, bien et dûment constituée : considérée au début comme exceptionnelle, elle devient moins rare, bientôt fréquente, souvent banale, à mesure qu'on la connaît mieux. C'est l'histoire de l'arterio-sclerose, des névrites périphériques, c'est l'histoire de l'appendicite elle-même.

En sera-t-il ainsi de l'affection qui nous occupe et est-ce à dire que l'appendicite à forme néoplasique deviendra par la suite d'observation clinique courante ? Telle n'est pas, il s'en faut, notre pensée, tel n'est pas notre pronostic. Nous croyons que cette forme néoplasique restera l'une des formes rares parmi les variétés anormales de l'appendicite, mais nous ne doutons pas que, l'attention attirée sur ce point, les faits ne se multiplient et ne se groupent en nombre suffisant pour assurer, à ce type, une individualité nette, solide, incontestable.

A l'heure présente, nous avons pu réunir six observations personnelles, qui nous paraissent de nature à entraîner la conviction : nous les donnerons tout d'abord

## OBSERVATION I

Il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, soignée par notre excellent confrère M. Babon.

Son histoire est assez confuse et plusieurs diagnostics ont été successivement portés.

Il y a huit mois, la malade a commencé à maigrir très rapidement en même temps qu'elle perdait ses forces et que son appétit disparaissait. Pendant quatre ou cinq mois, aucune localisation douloureuse n'a appelé l'attention sur un point quelconque, mais outre l'amaigrissement et la perte de l'appétit et des forces, des vomissements sont survenus, alimentaires ou bilieux qui se répétaient de temps à autre. On pense alors à un cancer de l'estomac et c'est pour cette affection que la malade fut traitée pendant plusieurs mois.

Un jour elle accusa de vagues douleurs dans l'aîne et le membre inférieur du côté droit, dont les mouvements devinrent douloureux. On constata à ce moment, dans la fosse iliaque droite, une induration profonde, squirrheuse, qui éveilla tout de suite l'idée d'un néoplasme secondaire.

Pendant un mois, les choses en restèrent là ; la malade maigrissait de plus en plus, prenait une teinte jaune, de jour en jour plus prononcée, perdait toute énergie, ne quittait plus son lit et semblait condamnée à une fin prochaine. Un chirurgien des Hôpitaux, appelé à cette époque en consultation, confirma le diagnostic de néoplasme et jugea inutile toute intervention.

Cependant les mouvements du membre inférieur droit devenaient de plus en plus pénibles et la cuisse se fléchissait peu à peu sur le bassin. De temps en temps on notait quelques petits mouvements fébriles, survenant surtout le soir. C'est à ce moment que l'un de nous fut appelé à examiner la malade

et à donner son avis sur la nature et le traitement de la tumeur iliaque.

On constatait à ce niveau dans l'angle de la fosse iliaque et de la cuisse exactement au niveau du pli de l'aîne, mais remontant à quelque travers de doigt au dessus, une tumeur dure, ligneuse et régulière occupant toute la fosse iliaque et faisant corps avec la paroi abdominale, qu'elle unissait aux plans sous-jacents. A son niveau la peau présentait le pointillé caractéristique de la peau d'orange. La tuméfaction s'arrêtait nettement au pli de l'aîne, ne descendant pas au-dessous et cependant la cuisse était légèrement fléchie sur le bassin et il était impossible de l'étendre. En haut, au niveau du rein, sous le foie, la palpation ne révélait rien d'anormal et la tumeur s'arrêtait suivant une ligne nette, profonde et presque régulière. En dedans, elle ne dépassait pas les limites de la fosse iliaque.

Au toucher vaginal, on ne trouvait rien d'anormal du côté de l'utérus ni des annexes.

La lenteur avec laquelle s'était développée cette tuméfaction (plus de deux mois), la marche torpide qu'elle avait suivie, le long passé dyspeptique qui avait précédé son apparition, enfin sa dureté considérable, invitaient à partager le diagnostic de néoplasme précédemment porté. Mais dès ce premier examen, il y avait des raisons d'émettre des doutes sur ce diagnostic.

C'est qu'en effet, la pression était un peu douloureuse, et que la douleur devenait plus vive quand on cherchait à étendre le membre inférieur. D'autre part, il y avait de la fièvre le soir, ainsi qu'il était permis de le supposer d'après les sueurs nocturnes, l'agitation vespérale et quelques sensations de froid.

Et puis, et surtout, il semblait y avoir, au centre de la tumeur, un point où la dureté était moindre. Ce semblant de ramollissement n'existait qu'en un tout petit point, de la dimension d'une pièce de 50 centimes environ.

C'en était assez pour penser à la suppuration du néoplasme secondaire. Ce fait s'observe parfois.

La suppuration existait bien réellement, mais le néoplasme n'existait pas, ainsi que l'avenir le montra. Il y avait un plehmon et rien qu'un plehmon.

L'opération fut proposée et acceptée quelques jours plus tard. Une incision fut pratiquée sur la tumeur, parallèlement à l'arcade de Fallope, mais à quelques centimètres au-dessus, l'incision de l'appendice. Après avoir traversé des tissus sclérosés, lardacés et comme infiltrés de vieille date d'un tissu de néoformation déjà organisé, le bistouri arriva dans un foyer de suppuration contenant tout au plus 100 grammes de pus crémeux.

Depuis l'ouverture de cet abcès, la scène a changé. Localement, la douleur a disparu, le membre inférieur a pu s'étendre et ses mouvements ont récupéré toute leur liberté.

Mais c'est surtout au point de vue de l'état général que la transformation a été complète. Les vomissements ont cessé, l'appétit est revenu, la malade a engraisé, et tous les signes du prétendu néoplasme stomacal se sont dissipés complètement. Trois mois après, la malade avait repris sa vie habituelle. La fosse iliaque est restée longtemps dure et ferme ; la suppuration a persisté un temps égal sans avoir été jamais très abondante et sans que jamais il soit sorti par le drain autre chose que du pus.

En un mot la guérison a été radicale et complète et nous avons été induits en erreur, dans ce cas, par une forme anormale et exceptionnelle de suppuration iliaque.

La cause de cette suppuration nous reste inconnue, mais le siège de la collection porte à la rattacher à une lésion appendiculaire,

## OBSERVATION II

Femme de cinquante-sept ans, adressée par notre confrère M. Alexandre pour une tumeur abdominale au mois de mai 1897.

C'est une femme d'aspect cachectique, pâle, jaunie, amaigrie, marchant avec peine et parlant à voix basse comme un être profondément débilité. Elle raconte que sa maladie remonte à deux ans. Elle n'avait avant cette époque, jamais été malade. Elle a eu un seul enfant, âgé de trente-sept ans. Ses règles ont cessé il y a onze ans, sans aucun incident

Il y a deux ans, elle fit une chute dans l'escalier et tomba sur le côté droit. Au moment de cet accident, elle ne remarqua rien de particulier, put se relever et continuer à marcher.

Mais c'est depuis ce moment qu'elle a commencé à éprouver, dans le côté droit, du malaise et de la fatigue. Elle n'y prit pas garde et continua à vaquer à ses occupations. Elle était cependant moins forte et moins vaillante qu'auparavant.

Il y a six mois, le malaise local est devenu une vraie douleur et la malade a dû s'aliter. A partir de ce moment, elle a commencé à vomir. Les vomissements survenaient en particulier chaque fois qu'elle mangeait de la viande.

L'appétit et les forces ont été progressivement en décroissant, alors qu'un amaigrissement rapide se produisait et que la peau devenait pâle.

Enfin, il y a quinze jours, elle a constaté la présence d'une tumeur dans le flanc droit.

La maladie, d'ailleurs, s'était encore aggravée, elle vomissait presque tout ce qu'elle ingérait, ne dormait plus, avait des sueurs nocturnes et souffrait presque constamment.

A l'examen, on voit se dessiner, à droite, une tumeur volumineuse qui soulève la paroi abdominal, dont les contours

sont nettement définis et que le palper direct ou combiné permet de délimiter aisément. Son volume est celui d'une tête de fœtus à terme. Elle occupe le flanc droit. Elle afleure en dehors, le bord droit de l'abdomen. En dedans, elle s'étend jusqu'à quatre travers de doigt de l'ombilic. En bas, elle se termine à la partie supérieure de la fosse iliaque, qui reste libre et dans laquelle elle n'envoie aucun prolongement. En haut, elle s'arrête aux limites de l'hypochondre, et la main peut s'insinuer entre elle et les fosses côtes et constater qu'elle est indépendante du foie et du rein. En arrière, elle prend contact avec la région ombilicale dans l'espace intermédiaire entre la crête iliaque et la douzième côte. En avant, elle vient au contact de la paroi abdominale antérieure à laquelle elle est immédiatement sous-jacente.

Les contours de cette tumeur sont arrondis et réguliers. Sa surface est lisse, sa consistance est dure, mais plutôt rémittente; il n'y a pas trace de fluctuation. Elle ne se meut ni sous l'influence de la respiration ni par le changement de position. En la saisissant d'avant en arrière, entre les deux mains, on la mobilise dans le sens antéro-postérieur, mais, en se déplaçant, elle ne perd pas ses rapports avec la paroi abdominale. Ajoutons qu'elle est absolument mate à la percussion, mais limitée, en revanche, partout, sauf en dehors, par une zone de sonorité. La palpation en est légèrement douloureuse et provoque une légère contraction de défense de la paroi abdominale.

La malade entra à l'hôpital Broca dans le service de M. Pozzi, suppléé par M. Legueu, qui l'opéra le 9 mai 1897.

La veille de l'opération, la température vespérale atteignait 39° 5 et venait encore confirmer le diagnostic de suppuration. La parotomie latérale, sur le bord externe du muscle droit. La paroi est infiltrée et œdémateuse. Les couches musculaires et aponévrotiques sont fortement unies et presque fusionnées dans les parties profondes. Bientôt le pus paraît et l'incision est agrandie. La collection adhère à la paroi; la poche, uni-

que, contenant environ 300 grammes de pus, était tapissée par une membrane tomenteuse et friable.

Le pus, épais et phlegmoneux ne contenait ni matières fécales ni corps étranger. Drainage.

Pendant quelque temps la malade fut améliorée. La fièvre tomba, mais les forces ne revenaient pas. Chaque jour une suppuration abondante inondait le pansement.

La plaie se referma trop rapidement et, un jour que la température s'était élevée de nouveau M. Pozzi, constata qu'il y avait rétention purulente et pratiqua un nouveau débriement.

Malgré cette seconde intervention, la malade se cachectisa de plus en plus et mourut de fièvre hectique, de septicémie chronique, un mois après la première opération.

L'autopsie pratiquée par M. Martin, interne du service, montra l'absence de tout néoplasme. Il n'y avait qu'une poche suppurée, développée au contact du cœcum et de l'appendice. Ces deux organes étaient accolés à la face interne de la poche et faisant corps avec elle.

### OBSERVATION III

La nommée S... (Marie), âgée de 68 ans, entre le 11 mars 1897 à l'hôpital Broca, dans le service de M. Pozzi.

Sa mère est morte à 49 ans d'une affection utérine de nature indéterminée.

Notre malade a eu dans son enfance la variole et de nombreuses bronchites.

Réglée à 12 ans, mariée à vingt ans, elle a eu deux enfants, dont une petite fille morte en bas âge de dysenterie.

L'autre enfant est bien portant. Les règles ont cessé à quarante-six ans sans incidents notables. La malade a toujours été très constipée.

Depuis deux ou trois mois, elle éprouvait une fatigue insolite, avec amaigrissement progressif, que rien n'expliquait, lorsque, à la fin de janvier 1897, elle fut prise subitement, de douleurs abdominales très violentes, localisées dans tout le côté, droit du ventre et qui s'accompagnèrent bientôt de ballonnement du ventre, de nausées et de vomissements.

A ce moment, la constipation habituelle cessa et fut remplacée par de la diarrhée.

Les douleurs et les vomissements disparurent vite, mais la faiblesse augmenta, l'appétit disparut complètement, un amaigrissement énorme survint, et la malade dut s'aliter jusqu'à son entrée à l'hôpital.

L'examen, pratiqué le jour de son entrée à l'hôpital, permet de constater dans le flanc droit et l'hypochondre droit la présence d'une masse dure et rénitente, qui paraît n'être mobile dans aucun sens.

Elle est mate à la percussion, et cette matité permet de la délimiter facilement du côté de l'abdomen. Elle est limitée, en bas et en arrière, par l'os iliaque. En haut, elle semble se continuer avec le foie.

En dedans, elle s'étend sensiblement jusqu'à la ligne médiane. En dehors, elle répond au côté droit de l'abdomen et à la crête iliaque.

En arrière, elle n'empiète pas dans la fosse rénale, qui reste absolument dépressible et libre. La palpation, pratiquée à son niveau, révèle une douleur très violente au-dessus des fausses côtes et un peu en avant, à l'union du flanc et de l'hypochondre droit. A ce niveau, on note d'ailleurs de l'œdème de la peau et de l'empâtement. La tumeur ne suit pas les mouvements respiratoires.

L'état général est mauvais ; la malade a beaucoup maigri depuis le mois de janvier, et elle a de la fièvre tous les soirs. Il n'y a rien de particulier dans les urines.

La malade est examiné sous le chloroforme. Mais alors la dureté de la tumeur, son irrégularité, sa situation près de la fosse iliaque, son adhérence à l'os iliaque font porter le diagnostic d'ostéosarcome de l'os iliaque et aucune intervention n'est pratiquée.

Les jours suivants, la malade continue à souffrir, surtout pendant la nuit ; la fièvre persiste, à grandes oscillations à maximum vespéral ; l'urine devient trouble et purulente.

L'affaiblissement est extrême l'appétit nul, l'amaigrissement s'accroît de jour en jour, et le teint devient terreux. Bientôt il n'est plus permis de douter qu'on soit en présence d'une suppuration de la fosse iliaque. D'ailleurs, la tumeur s'est accrue ; elle a gagné en dehors vers la région lombaire, en dedans vers la cavité abdominale, et la fluctuation paraît évidente.

M. Pozzi opère la malade le 24 mars.

Incision au niveau de la fosse lombaire, entre elle et la fosse iliaque, parallèlement à la crête iliaque. La peau et les muscles profonds incisés, on tombe sur une poche contenant 1 lit. 1/2 de pus, à odeur franchement intestinale. Cette poche a des parois tomenteuses, qui se prolongent très loin, en haut du côté de la région lombaire, en bas vers la fosse iliaque et le petit bassin. Drainage.

La malade, déjà fort cachectisée, meurt dans la soirée.

L'autopsie est pratiquée le 26. La collection était rétrocœcale et rétrocolique, et due à une perforation de l'appendice, siégeant à l'union de l'appendice et du cœcum. L'appendice remontait derrière le colon ascendant.

#### OBSERVATION IV

B.... (Elisabeth), soixante et un ans, couturière. Père mort d'une pneumonie, à l'âge de soixante-quatre ans ; mère morte

à soixante-douze ans, d'une affection indéterminée. Réglée à douze ans.

A seize ans, scarlatine. Mariée à vingt ans, elle a eu deux grossesses normales : ses enfants sont actuellement bien portants. Elle a cessé d'être réglée à l'âge de 45 ans.

En 1892, elle a eu une légère atteinte de choléra. Au mois d'avril 1895, elle fait une congestion pulmonaire grippale. Elle était en pleine convalescence et songeait à reprendre ses occupations, lorsque vers le 15 avril, surviennent de violentes coliques avec vomissements, qu'elle attribue à une indigestion. Ces coliques disparaissent en vingt-quatre heures, mais laissent à leur suite une sensibilité de la région droite de l'abdomen. Cette douleur n'est pas spontanée, mais apparaît lorsque la malade se lève. Toute fatigue lui devient impossible et elle a de la peine à marcher. Quand elle palpe sa région iliaque droite elle réveille sa douleur. En même temps ses forces diminuent et elle perd l'appétit. Elle reste dans cet état pendant quinze jours. Elle se présente à la consultation de chirurgie de Lariboisière au commencement de mai. On lui annonce qu'elle a une tumeur, qui serait susceptible d'être opérée, si elle n'était pas si âgée, car l'opération sera grave. La malade refuse d'entrer.

Elle reste tout le mois de mai sans revenir à la consultation. Mais son état général s'est gravement altéré : ses forces sont nulles, elle ne prend qu'un peu de lait et elle souffre toujours dans le ventre à l'occasion des mouvements.

Un médecin, appelé auprès d'elle, s'étonne de lui trouver de la fièvre, dont il ne peut découvrir la cause et lui conseille de ne pas faire opérer sa tumeur. Celle-ci a sensiblement grossi.

Le 9 juin, le médecin, appelé de nouveau auprès d'elle, constate la présence d'un « petit abcès sous-cutané », et, comme elle ne peut recevoir à domicile les soins que nécessite son état l'envoie à l'hôpital, où elle est admise salle Elisa Roy, dans le service de M. Peyrot.

L'examen est pratiqué le 10 juin.

La malade a un aspect cachectique. La langue est sèche, la peau chaude, le thermomètre marque 39 degrés. Tout mouvement est douloureux et la malade se tient de préférence, dans le décubitus latéral droit, la cuisse fléchie. Dès qu'on la touche elle se plaint.

La région de la fosse iliaque droite est le siège d'une tuméfaction appréciable à la vue, mate à la percussion, douloureuse au toucher. La peau est rouge violacé dans une étendue d'une paume de main et sur le point d'être ulcérée par une collection purulente sous-jacente. La malade est opérée immédiatement. L'incision est faite sur le point culminant de l'abcès et conduit dans une cavité sous-cutanée, d'où s'écoulent environ 400 grammes de pus. Le fond de cette poche est grisâtre. En l'explorant, on voit sourdre du pus par un petit pertuis de l'aponévrose du grand oblique, l'abcès est en bouton de chemise.

On incise largement cette aponévrose sur la sonde cannelée, et on arrive ainsi dans une très grande poche pleine d'un pus épais, verdâtre, très fétide et qu'on évacue.

La poche remplit toute la fosse iliaque et présente un diverticule qui va vers la région lombaire et un autre qui va vers le petit bassin. On ne voit ni le cœcum, ni l'appendice, qui semblent rejetés en avant et en dedans de la collection.

Les parois de l'abcès sont tomenteuses.

Écouvillonnage, lavage et drainage.

Pansement iodoformé. Le soir, la température était à 38°, le lendemain à 37°.

La convalescence fut longue, mais se fit sans incidents. Au bout d'un mois, la malade avait recouvré ses forces et son embonpoint.

## OBSERVATION V

Mme B..., a cinquante-neuf ans. Son père était goutteux et hémorroïdaire. Il est mort à soixante-deux ans d'un ramollissement cérébral. Sa mère rhumatisante et dyspeptique, a succombé quelques années après la ménopause à une péritonite qui serait venue compliquer une tumeur abdominale qualifiée « épanchement de sang ». La maladie avait duré en tout quatre mois. Réglée à neuf ans et demi, a cessé de l'être à quarante ans. Mariée à vingt ans, n'a jamais eu ni grossesse, ni fausse couche. Elle a fait à dix-huit ans une fièvre typhoïde d'une gravité tout-à-fait exceptionnelle. Cette dothiéntérie s'est, en effet, compliquée dans le cours de son évolution, d'hémorragies intestinales très abondantes et très fréquentes et d'une myocardite aiguë, devenue chronique, par la suite et dont la malade n'a jamais guéri. Au déclin de l'affection survint un pseudo-rhumatisme infectieux, surtout localisé à la région de la nuque et au poignet gauche, qui s'est ankylosé par la suite. Cette fièvre typhoïde a laissé en outre, à notre malade, une paralysie, ou, tout au moins, une parésie intestinale telle que, depuis cette époque, elle n'a cessé un seul jour l'usage de lavements ou de purgatifs.

Depuis dix ans cette constipation a encore augmenté. Elle s'accroissait surtout à chaque écart de régime, s'accompagnant alors de coliques sans localisation précise, plutôt sous-ombilicales, de ballonnement du ventre, d'éruclations très pénibles et de nausées, mais sans vomissements.

Généralement, ils'y ajoutait un léger mouvement fébrile. Un ou deux purgatifs amenaient la disparition de tous ces accidents en deux ou trois jours, et les deux ou trois premières selles se montraient glaireuses et quelquefois teintées de sang.

Au mois de mai 1897, à une date que la malade ne peut guère

préciser, elle fut reprise, sans raison très appréciable et sans écart de régime, des mêmes accidents et n'y attacha pas une grande attention. La douleur lui parut pourtant un peu plus intense à droite, au début tout au moins. Au bout de deux jours, d'ailleurs, elle avait disparu en tant que douleur spontanée, et, seule, une pression énergique dans le flanc droit pouvait la réveiller. Cette fois, la constipation dura six jours. Quant à la fièvre, qui d'ordinaire disparaissait en quarante-huit heures, elle ne céda pas à la quinine, et, tous les soirs, à la même heure, la malade avait une élévation de température (frissonnement, peau chaude, soif, céphalée). L'appétit non-seulement ne revenait pas, mais diminuait de jour en jour, en même temps que la faiblesse augmentait et qu'il se faisait un amaigrissement rapide.

Au bout de quinze jours, le médecin traitant constatait, dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction allongée dans le sens vertical, mate, et un peu douloureuse à une palpation profonde et intense. Dans l'hypothèse d'une typhlite stercorale, lavements et purgatifs furent successivement administrés, tandis que, localement, on appliquait sangsues, cataplasmes et vésicatoires.

Mais l'état local ne s'améliora pas. Non seulement la tumeur persista mais son volume s'accrut. Au bout d'un mois, elle avait acquis le volume du poing et faisait saillie sous la paroi. Elle restait plus douloureuse.

Quant à l'état général, il était devenu de plus en plus mauvais. L'inappétence avait fait place à une anorexie absolue, l'amaigrissement était devenu extrême, la fièvre persistait sous forme d'accès vespéraux, les jambes étaient œdématisées.

Un chirurgien appelé en consultation, porta le diagnostic ferme de cancer du cœcum. Aucune opération ne lui parut devoir être tentée étant donné l'état cachectique de la malade, la lésion de son cœur et le mauvais fonctionnement de ses reins, et il porta le pronostic le plus grave.

Tout le monde dans l'entourage de la malade s'attendait à un dénouement fatal à très brève échéance, lorsque apparut une légère rougeur au niveau de l'ombilic.

La peau s'ulcéra, et il s'écoula par cet orifice environ un verre de pus très fétide.

Il en sortit ainsi, tous les jours, une assez grande quantité pendant cinq ou six jours et l'écoulement diminua ensuite progressivement.

Dès le lendemain de cette ouverture spontanée, la fièvre était moindre. Au bout de trois jours, il n'y en avait plus. En même temps l'appétit revenait et l'état général s'améliorait très rapidement.

Au bout d'un mois, la malade pouvait se lever, la fistule ombilicale persistait, mais l'écoulement était assez minime pour que le pansement n'eût besoin d'être renouvelé que tous les deux jours. La tuméfaction iliaque s'était sensiblement affaïssée, mais n'avait pas totalement disparu. Au bout de deux mois, la suppuration se réduisait à quelques gouttes à peine.

Quelquefois même le pansement pouvait rester trois ou quatre jours sans être souillé, et tout paraissait terminé, lorsque survenait un peu de gêne, un malaise et un léger mouvement fébrile. Le pus se faisait jour à nouveau, entraînant avec lui la disparition des accidents.

Tel était l'état de la malade, lorsque nous eûmes à l'examiner.

Rien d'alarmant dans son état général. Sans être grasse, M<sup>me</sup> B... présente un certain embonpoint, mais son entourage ne peut assez nous dire combien elle avait maigri et quelle transformation complète s'est opérée depuis un mois. Le facies est encore un peu pâle, mais la langue est bonne, l'œdème des jambes a disparu, l'appétit est très satisfaisant. La malade étant dans la position couchée, on constate que la moitié droite de l'abdomen est légèrement plus saillante que la gauche, Au palper, on sent dans le haut de la fosse iliaque,

à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope, et remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la crête iliaque une tuméfaction grosse comme un œuf de dinde, peu douloureuse, sonore à une percussion superficielle, mate à une percussion profonde. Quand on appuie fortement sur cette tuméfaction il semble qu'elle soit réductible. Et, de fait, on voit apparaître un peu de pus au niveau d'un orifice fistuleux, placé un peu à droite et au-dessous de l'ombilic. Un stylet introduit par cet orifice fistuleux, nous permet d'explorer la fistule. Il pénètre tout entier dans le trajet, se dirigeant de haut en bas et de dedans en dehors pour venir aboutir au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure.

Le toucher vaginal et rectal est absolument négatif.

L'opération fut acceptée. Une incision parallèle à l'arcade de Fallope nous conduisit dans une cavité à parois fongueuses.

Cette poche fut lavée et drainée, Au bout de quinze jours, le drainage n'était plus nécessaire. Au bout d'un mois la cicatrisation était complète. Quant à la fistule ombilicale, elle s'était fermée spontanément trois jours après la contre-ouverture.

La malade est aujourd'hui dans un état de santé parfaite, et la fosse iliaque droite est presque aussi dépressible que la gauche.

## OBSERVATION VI

Le 31 janvier 1898, l'un de nous voyait, avec notre excellent confrère et ami le docteur Collinet, une malade de province chez laquelle on avait porté le diagnostic de fibrome subissant une transformation cancéreuse.

Cette malade, âgée de cinquante-six ans, avait toujours joui d'une très bonne santé, à part un fibrome de l'utérus diagnos-

tiqué depuis plus de dix ans, mais qui ne l'avait jamais incommodée sérieusement et qui n'avait pas empêché la ménopause d'arriver sans accidents. On ne sait si, à la suite de la ménopause, le fibrome avait ou non régressé.

Il y a quatre mois, la malade commença à perdre l'appétit, à maigrir et à perdre ses forces. Quelques jours après, elle éprouvait une vive douleur dans le flanc droit, qui disparaissait vite, mais la laissait plus fatiguée. Elle fut forcée de s'aliter. Les vomissements survinrent, l'appétit disparut et la malade, très forte, très adipeuse, devint en quelques mois, un véritable squelette. La fièvre survenait presque tous les soirs, sous forme d'accès franc ou d'horripilations, avec sueurs froides. La nuit, insomnie et sueurs.

Lorsque nous vîmes la malade, elle avait du muguet déjà depuis deux mois. La jambe droite était œdématisée, la teinte générale du tégument jaune paille, les lèvres décolorées, les conjonctives subictériques.

La malade reposait dans le décubitus dorsal et un peu latéral droit. La jambe droite était fléchie sur la cuisse et celle-ci légèrement sur le bassin. Tout mouvement imprimé au membre inférieur droit était très douloureux. Mais en palpant la région pelvi-trochantérienne, la douleur provoquée était atrocement pénible. A ce niveau et au niveau de toute la fesse et de toute la hanche, la peau était œdématisée et comme le siège d'une infiltration gélatineuse. La température était à 39°. Au toucher vaginal, on sentait dans le cul-de-sac latéral droit un empatement un peu douloureux.

Par le palper de l'abdomen, on trouve une tumeur occupant toute la fosse iliaque droite descendant dans le petit bassin, très dure presque partout, mais ayant comme un point ramolli au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette tuméfaction est douloureuse à une pression très énergique, et mate. Ses contours sont peu nets, mais on peut insinuer la main

entre elle et la face inférieure du foie ; d'ailleurs, elle n'est pas mobilisée par les mouvements respiratoires. Le rein paraît en être distinct. La tumeur dépasse la ligne médiane dans la région sous-ombilicale et forme un gros plastron en avant de de la vessie. Celle-ci est le siège d'une inflammation suppurée. La malade, depuis dix jours, n'urine que du pus et présente tous les signes de la cystite classique. Pouls à 120. Escarrhes au sacrum.

Notre diagnostic fut celui d'appendicite probable et, malgré l'état en quelque sorte désespéré de la malade, nous ne voulûmes pas lui refuser la seule chance de salut qui lui restât.

L'opération acceptée, la malade fut endormie. A ce moment, nous pûmes tous constater la fluctuation évidente, quoique très profonde, de cette curieuse tuméfaction. Notre diagnostic de suppuration était confirmé. Une grande incision parallèle à la crête iliaque nous permit d'évacuer une collection purulente atrocement fétide de plus d'un litre de pus. Elle avait fusé dans le petit bassin et s'était créé un chemin à travers l'échancre sciatique, jusque vers l'ischion. A cet endroit précis, une contre-ouverture permit d'assurer le libre écoulement du pus.

Les suites immédiates furent bonnes, mais notre intervention avait été trop tardive et la malade, ne pouvant plus digérer, épuisée par sa longue suppuration, sa cystite, et probablement aussi une pyelo-néphrite ascendante, succomba au bout de quelques semaines à cette septicémie.

Les recherches que nous avons entreprises pour retrouver, dans la littérature médicale, les faits analogues, sont restées infructueuses : elles devaient l'être.

Il ne pouvait s'agir, en effet, dans l'espèce que d'erreurs de diagnostic et, chacun le sait, l'habitude n'est pas encore très répandue de publier les erreurs de ce genre.

Le seul fait de cet ordre, que nous ayons su trouver, appartient à M. Vautrin (de Nancy) qui l'a publié, tout au long, dans la *Revue de Gynécologie*.

En voici le résumé :

Il s'agit d'une femme de 55 ans, d'une excellente santé antérieure. Cette femme avait ressenti depuis 3 mois de vives douleurs dans le flanc droit, où une tuméfaction s'était lentement développée . . . . .

Le médecin adressa la malade à M. Vautrin pour une tumeur du gros intestin et après examen répété, celui-ci « corrobora à peu près ce diagnostic, mais non sans hésitation ».

Or, voici ce que rencontra M. Vautrin pendant l'opération :

« Un péritoine intact, un cœcum refoulé en avant et rétréci  
« par une tuméfaction retro-péritonéale, pas trace d'appendice dans le ventre ».

Il referma le péritoine, puis profitant de l'incision des parties molles, il s'achemina, par décollement, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; derrière le cœcum et le colon ascendant jusque vers la partie inférieure du rein et, à partir de la fosse iliaque droite, il rencontra une *masse inflammatoire résistante*, renfermant dans son centre un pus épais, grumelleux, avec des débris de tissu sphacélé ; accolé au cœcum, il trouva l'appendice dur, scléreux et très gros . . . . .

Après avoir réséqué l'appendice, nettoyé et drainé le foyer, il ferma la plaie.

Les suites furent très simples, au bout de 25 jours environ, la malade rentra chez elle complètement guérie.

Notre maître, M. Legueu, a eu également connaissance de deux observations analogues qu'il cite dans la même revue.

Enfin M. le professeur agrégé Walther, en a observé deux autres absolument identiques. L'évolution clinique avait été sensiblement la même que dans les cas ci-dessus relatés, et chaque fois le diagnostic de néoplasme avait paru s'imposer. Dans les deux cas, M. Walther avait pratiqué une laparotomie exploratrice pour assurer son diagnostic, et les deux fois il avait trouvé de la suppuration plus ou moins perdue au centre d'une masse ligneuse.

## CHAPITRE II

### Étiologie. — Symptomatologie

Dans l'étiologie de la forme néoplasique de l'appendicite, quelques points seulement sont à signaler. Tout d'abord, contrairement aux formes vulgaires d'appendicite, nous n'avons affaire qu'à des malades âgés de 43 à 68 ans. En second lieu, dans l'appendicite ordinaire, le sexe masculin prédomine d'une façon marquée : C'est la femme qui nous fournit presque exclusivement nos observations. Notons enfin qu'une de nos malades présentait, depuis dix ans une constipation opiniâtre, circonstance à laquelle on a accordé une certaine importance dans la pathogénie des accidents appendiculaires.

Un fait nous a frappé dans l'étude de nos observations : Dans la majorité des cas, les symptômes généraux précèdent les phénomènes locaux, ils les accompagnent quelquefois, ils ne les suivent jamais. Cette remarque servira de base à notre description symptomatique.

1<sup>o</sup> *Phénomènes généraux.* — La maladie débute par de l'inappétence qui aboutit bientôt à l'anorexie, par des nausées et des vomissements qui amènent à brève échéance un amaigrissement rapide. Tous nos malades se plaignent d'une sensation de fatigue insolite, d'une asthénie extrême. Qu'on joigne à cela l'aspect jaune paille

des téguments, la décoloration des lèvres, la teinte subictérique des conjonctives, l'œdème des jambes, voire même le muguet, signalés dans nos observations, et l'on aura le tableau clinique à peu près complet de la cachexie néoplasique.

Mais ici vient s'ajouter un symptôme nouveau ; nous voulons parler de la fièvre. Elle est constante, — nous la trouvons dans toutes nos observations — elle affecte la forme d'accès vespéraux, elle peut atteindre 39°5. Nous nous bornons ici à signaler ce fait ; nous verrons quel parti on en peut tirer pour le diagnostic.

2° *Symptômes locaux.* — C'est au décours de cet état général alarmant, que l'attention du malade et celle du médecin sont attirées vers la fosse iliaque droite. A ce moment, entrent en scène les phénomènes locaux qui, dès lors, vont la dominer.

Dans la partie droite de l'abdomen, est apparue, en effet, une tuméfaction, à caractères bien spéciaux ; nous allons essayer de les préciser.

D'abord le siège : le plus souvent, c'est la fosse iliaque droite, mais comme pour l'appendicite ordinaire, et sans doute en rapport avec la situation de l'appendice, la tumeur pourra occuper la région du flanc, ou le pli de l'aîne ou encore faire saillie dans le petit bassin.

Son volume est aussi variable que sa forme : de la grandeur d'une tête de fœtus à terme dans notre observation II, elle s'étale le plus souvent sur la paroi antérieure de l'abdomen en un large plastron ; si, parfois, elle présente la netteté, le « tranchant » des bords d'une tumeur de la rate, l'exploration la plus minutieuse ne peut, dans d'autres cas, lui assigner que des limites vagues et indé-

cises. Quelque soit, d'ailleurs, le volume qu'elle doive atteindre, son accroissement est toujours lent et progressif. Tous les observateurs ont insisté sur sa consistance dure, d'une dureté parfois ligneuse. Au reste, uniformément mate à la percussion.

Jamais de fluctuation ; à la palpation : une sensation de rénitence profonde. Mais elle laisse parfois découvrir, en un point de sa surface, — et c'est là l'un des caractères auquel notre maître, M. Legueu, nous a appris à attacher le plus d'importance — une petite zone arrondie, dépressible, ici, comme ailleurs, indice certain de suppuration.

Dans la règle, au début tout au moins, pas d'adhérences à la peau qui glisse et que l'on mobilise facilement à la surface de la tumeur. On a noté, toutefois, de l'œdème, de l'empâtement et, dans un cas, l'aspect spécial dit de la « peau d'orange » caractéristique d'une adhérence profonde.

Dans aucun cas, l'examen clinique n'a pu déceler de rapport avec les organes pelviens : utérus et annexes ; la tumeur aussi est indépendante des organes abdominaux : rein, foie. C'est dire qu'elle ne suit pas les mouvements respiratoires.

Le plus souvent, peu douloureuse spontanément, la tuméfaction est quelquefois le siège de douleurs extrêmement vives, toujours exagérées d'ailleurs par la pression.

Enfin, dernier caractère, chaque fois que l'incision a été pratiquée, le pus auquel elle a donné issue avait l'odeur fétide qui est le propre des collections purulentes voisines de l'intestin.

3° *Symptômes de voisinage. Complications.* — A cet

ensemble symptomatique viennent, parfois, s'ajouter des phénomènes de voisinage, communs aux abcès et aux tumeurs de la région : décubitus latéral droit, attitude en chien de fusil (flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin), irradiation douloureuse dans le membre inférieur droit, etc.

Les seules complications qui soient signalées sont, dans un cas, une cystite suppurée et une eschare sacrée.

## CHAPITRE III

### Diagnostic

« Une appendicite subaiguë avec péritonite adhésive  
« peri-appendiculaire, sans suppuration, survenant chez  
« un homme qui a passé la quarantaine, peut donner  
« lieu à des symptômes d'amaigrissement, d'asthénie et  
« d'anémie générale qui, joints à la constatation d'un  
« empâtement plus ou moins bien limité dans la fosse  
« iliaque droite et à la rareté de l'appendicite, passé 40 à  
« 45 ans feront presque nécessairement pencher le diagnos-  
« tic en faveur d'une production maligne de la valvule  
« iléocœcale.

« Il est impossible de donner des règles précises pour  
« trancher la question en pareil cas. Comme pour l'appen-  
« dicite tuberculeuse, c'est surtout affaire d'observation  
« attentive, minutieuse et prolongée et aussi de flair et  
« d'habileté clinique ».

Ainsi s'exprimait, en 1892, M. Talamon dans son excellent petit traité : « *l'Appendicite et la Pérityphlite* ».

Depuis lors, la question n'a pas fait un pas. Nous n'avons pas la prétention de croire que la discussion qui va suivre rendra des plus aisés un diagnostic que le savant clinicien de Tenon considère comme très difficile. Nous essayerons toutefois, de donner quelques indications

qui pourront permettre, à l'avenir, de diminuer la part de flair et d'intuition qu'il exige du médecin.

L'étude clinique qui précède, nous a montré que l'évolution de la maladie présentait 2 phases distinctes : phénomènes généraux d'abord, symptômes locaux ensuite.

A chacune de ces deux périodes le diagnostic, se présentera dans des conditions bien différentes.

Avant l'apparition des phénomènes locaux, nous ne craignons pas de l'affirmer, le diagnostic sera impossible.

Tout au plus, dorénavant, dans les cas nombreux de cachéxie progressive sans cause apparente, pourra-t-on penser qu'on ne se trouve pas fatalement en présence d'une tumeur maligne latente et faire des réserves sur l'apparition ultérieure d'une localisation inflammatoire du côté de l'appendice.

Il en sera tout autrement lorsque l'examen aura décelé dans la fosse iliaque droite la présence d'une tuméfaction ; deux voies différentes s'ouvriront alors au diagnostic tumeur ou inflammation chronique.

1° *Tumeur*. — Indépendamment de tout autre signe spécial à chaque variété de tumeur et aux tumeurs de chaque organe, un symptôme important rendra, dès l'abord extrêmement improbable, l'hypothèse d'un néoplasme : la fièvre.

Nous n'ignorons pas la possibilité d'observer des accidents fébriles dans les néoplasies. Verneuil l'a nettement établi : « Une fièvre plus ou moins intense, plus ou  
« moins prolongée peut naître et durer sous l'influence  
« de néoplasmes simples en apparence, n'offrant aucune  
« des dégénérescences locales, ni des complications

« éloignées ou générales réputées capables d'élever la température ».

Mais, outre que ces faits constituent l'infime minorité des cas, la fièvre n'y survient qu'à la période ultime, et elle n'affecte pas ce type réglé que nous retrouvons dans toutes nos observations.

Nous reconnaissons toutefois, que cette seule considération ne suffirait pas à faire rejeter d'emblée l'idée de cancer et nous devons demander à une étude plus détaillée, des éléments plus certains de diagnostic différentiel.

Nous avons vu au chapitre « Symptomatologie » que la tuméfaction peut occuper avec une inégale fréquence, plusieurs sièges différents : la fosse iliaque, le flanc, le pli de l'aîne, etc.

Lorsque, exceptionnellement, nous nous trouverons en présence d'une tuméfaction haut située, la confusion sera possible avec une affection du foie ou du rein.

L'absence des réactions fonctionnelles, propres à l'organe hépatique, permettra toujours d'éliminer l'hypothèse d'un néoplasme du foie, et les kystes de la face inférieure qui, à la rigueur, pourraient donner le change, présenteront toujours ce caractère qui fera constamment défaut à une poche suppurée péri-appendiculaire, de suivre les mouvements de la respiration.

Dans l'observation III, l'idée d'un néoplasme du rein qu'avait tout d'abord évoquée la situation de la tumeur, a été, à juste titre, écartée, par ce fait capital, que l'examen des urines a été négatif, et que la malade n'avait jamais eu d'hématuries. Ces signes conserveront leur valeur pour les cas analogues

Les tumeurs du mésentère, rares d'ailleurs, se recon-

naîtront, à leur siège habituel dans la région ombilicale, à leur mobilité dans tous les sens ; et en ce qui concerne la dégénérescence des ganglions retro-péritonéaux, dans le carcinome du tube digestif, Kraft nous a appris que ces ganglions sont multiples, se développent lentement et sont recouverts par des anses intestinales.

C'est, il faut bien le dire, avec les tumeurs du bassin, l'osteosarcome en particulier, et les néoplasmes du cæcum (épithélioma), que la confusion sera le moins évitable et le diagnostic le plus délicat.

La douleur vive, subite, atroce du début de l'osteosarcome du bassin, pourra en imposer ; si l'on considère, en outre, que c'est, précisément, au cours de cette affection qu'on a le plus souvent noté la fièvre des néoplasmes de Verneuil, on comprendra combien facilement le clinicien pourra être induit en erreur. Mais la tumeur s'accroît rapidement, elle devient très volumineuse, bosselée adhérente, inégale, souvent pulsatile, elle gagne habituellement la cuisse, enfin elle est très souvent le siège d'une crépitation parcheminée presque caractéristique.

Le tableau clinique du cancer du cæcum présente avec celui de l'appendicite néoplasique bien des analogies : même début par des symptômes généraux vagues, alternance de constipation et de diarrhée, amaigrissement, cachexie lentement progressive, avant que s'individualise la phénoménalité propre au cancer.

A la période d'état, même douleur, même tumeur généralement située assez bas dans la fosse iliaque. Mais dans l'appendicite, pas de ces hémorrhagies intestinales, si abondantes parfois, qui sont la règle dans l'épithioma du cæcum, pas de ces débâcles intestinales, pas de ces

selles sanieuses et purulentes dans lesquelles on peut quelquefois observer des particules cancéreuses.

Même tumeur, il est vrai, mais dans un cas régulière, immobile, mate ; dans l'autre bosselée, irrégulière et mobile donnant à la percussion profonde un son-tympanique à timbre grave. Voilà un ensemble de signes, sur lesquels, on pourra à notre avis, étayer un jugement.

2° *Inflammations chroniques.* — L'origine appendiculaire presque exclusive des phlegmons de la fosse iliaque est aujourd'hui généralement admise ; d'ailleurs, il n'entre pas dans le cadre de notre travail de discuter la pathogénie des abcès de la fosse iliaque, nous ne différencierons donc pas l'appendicite à forme néoplasique des autres variétés banales, s'il en est, d'inflammations chroniques de cette région. Nous ne retiendrons, pour le diagnostic, que deux lésions spécifiques : la tuberculose du cœcum et l'appendicite actinomycosique. Sans doute, rien ne diffère plus de la forme d'appendicite que nous décrivons, que la tuberculose ulcéreuse du cœcum lorsqu'elle se présente avec son cortège symptomatique habituel : diarrhée profuse, entéralgie, fièvre hectique, etc. Mais il en est tout autrement de la variété sur laquelle MM. Pilliet et Hartmann d'abord, plus tard, MM. Terrier et Reclus ont attiré l'attention de la Société anatomique et de la Société de chirurgie. Il s'agissait, dans ces cas et dans un cas analogue de Billroth, de malades ayant présenté, dans la fosse iliaque droite, une tumeur à caractères d'interprétation assez difficile, pour que les diagnostics d'abcès et de néoplasme, aient pu être logiquement soutenus, d'autant que les phénomènes généraux cachectiques concordaient parfaitement avec chacune de ces deux hypothèses.

Seul l'examen anatomique vint démontrer qu'on se trouvait en présence d'une tuberculose à forme hyperplasique, pour mieux dire d'une forme néoplasique d'inflammation cœcale.

C'est encore, sans doute, à des cas de ce genre que fait allusion M. Jalaguier lorsque, dans son tout récent article du *Traité de chirurgie*, il écrit : « Quand l'appendicite tuberculeuse coïncide avec une tuberculose cœcale, et « revêt la forme hypertrophiante, il s'agit d'une véritable « tumeur de la région cœcale, tumeur fort différente de « l'empâtement d'une appendicite plastique ordinaire et « qui donne plutôt l'idée d'un cancer du cœcum ; l'erreur « de diagnostic est presque inévitable avant l'interven- « tion et, souvent, même pièces en main, il ne sera « pas possible de se prononcer sans le secours du micros- « cope ou des inoculations d'épreuve ».

Remarquons d'abord que tous ces faits se rapportent à des sujets jeunes, considération bien précaire, si l'on veut, mais qui, dans un cas douteux, peut avoir son importance. En second lieu, les troubles intestinaux : constipation opiniâtre pouvant aller jusqu'à l'obstruction ou, au contraire, diarrhée rebelle occupent ici le premier plan.

D'ailleurs, les localisations pulmonaires ou autres, l'étude des antécédents héréditaires, viendront, le plus souvent, éclairer le diagnostic.

Enfin, mais un peu tard, l'examen bactériologique du pus lèverait tous les doutes.

C'est encore aux recherches de cette nature que nous devons avoir recours, pour différencier l'appendicite actinomycosique décrite par Gangolphe ; car ses manifesta-

tions cliniques sont, à ce point, semblables à celles de l'appendicite à forme néoplasique que chez plusieurs de ses malades, M. Legueu hésita entre ces deux affections. Bien que l'examen microscopique du pus n'ait pas été fait à ce point de vue, l'absence des grains jaunes si caractéristique et la guérison qui survint si rapidement chez ces mêmes opérés, lui fit rejeter le diagnostic d'actinomycose.

Les relevés d'Hinglais sont là, en effet, pour montrer combien sévère est le pronostic de l'actinomycose appendiculo-cœcale (80 pour 100 de mort).

Comme conclusion de cette étude, nous nous croyons donc autorisé à dire, avec MM. Legueu et Beaussenat que le diagnostic de l'appendicite à forme néoplasique pourra et devra être fait « toutes les fois qu'on se trouvera en  
« présence d'une personne âgée, ayant de la fièvre, un  
« état général très sérieux, peu en rapport avec la durée  
« des accidents, et portant, dans la région lombo-iliaque,  
« une tumeur dure, légèrement douloureuse, étalée, ré-  
« nitente et ne donnant pas lieu à des hémorrhagies  
« intestinales ».

## CHAPITRE IV

### Pronostic et Traitement

Méconnue ou livrée à elle-même, l'appendicite à forme néoplasique comporte un pronostic des plus graves. La cachexie progressive, la septicémie chronique emportent fatalement les malades.

Dépistée et traitée à temps, elle procure au chirurgien un succès thérapeutique des plus brillants. Si nous nous en tenons, en effet, à nos seules observations, nous voyons que, dans trois cas, l'évacuation par simple incision de quantité de pus souvent fort minime, a suffi pour amener la regression des tissus sclerosés, lardacés qui constituent la tumeur iliaque et pour provoquer dans l'état général une véritable résurrection.

Sans vouloir en tirer d'autre conclusion, nous rapprocherons simplement ce fait des résultats identiques observés par Reclus dans une induration inflammatoire analogue : le phlegmon ligneux du cou.

Par contre, dans les trois autres cas suivis de mort, nous voyons que les malades étaient dans un état cachectique trop avancé pour faire les frais d'une trop tardive intervention. Et même dans ces cas désespérés, le chirurgien ne doit pas refuser au patient la seule chance

de salut qui lui reste : ici pas de discussion possible ; dès que le diagnostic est fait, le traitement s'impose ; c'est l'incision aussi étendue, aussi large que le comportera la tumeur.

## CONCLUSION

I. — Parmi les variétés anormales de l'appendicite, il en est une qui possède une individualité clinique des plus nettes : c'est l'appendicite à forme néoplasique.

II. — Elle survient chez des sujets âgés. Elle est caractérisée par un ensemble de phénomènes généraux graves, et par une tuméfaction dans la région lombolaque, les symptômes généraux sont ceux de la cachexie cancéreuse, avec, en outre, des accès fébriles vespéraux ; par la forme qu'elle affecte de plastron dur, immobile, à évolution lentement progressive, la tuméfaction rentre dans le groupe des indurations chroniques d'origine inflammatoire.

III. — Lorsque les phénomènes généraux ouvriront seuls la scène, le diagnostic restera en suspens. Quand viendra s'y ajouter la localisation iliaque, la confusion sera possible avec les tumeurs et les inflammations chroniques de la région. — L'existence de la fièvre rendra improbable l'hypothèse générale de tumeur, — on éliminera facilement l'idée d'un néoplasme du foie, du rein ou du mésentère ; avec l'ostéosarcome du bassin et l'épithélioma du cœcum, le diagnostic sera plus délicat.

Pour les inflammations spécifiques — tuberculose et actinomycose, — de l'appareil cœco-vermiculaire, on

cherchera un critérium certain dans l'examen bactériologique du pus.

IV. - - D'un pronostic fatal lorsqu'elle est méconnue, l'appendicite à forme néoplasique guérit rapidement par simple incision.

Vu, le doyen :

BROUARDEL

Vu par le Président de la thèse,

F. GUYON

Vu et permis d'imprimer,

*Le vice-recteur de l'Académie de Paris.,*

GRÉARD

## BIBLIOGRAPHIE

Il n'entre pas dans notre cadre de donner une bibliographie complète de l'appendicite en général : nous renverrons aux ouvrages classiques de :

**Talamon.** Appendicite et pérityphlite 1892 (Bibliothèque Charcot-Debove).

**Dieulafoy.** Académie de médecine 1896, et *Presse médicale* 1896, p. 121. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898. Leçons XV, XVI, XVII.

**Roux.** *Revue médicale de la Suisse romande*, sept.-oct.-nov. 1896, p. 121.

**Beaussenat.** « Appendicite expérimentale ». *Revue de gynécologie*, T. 1. Mars-Avril 1897, p. 283 et thèse de Paris, 1897.

**Legneu.** « De l'appendicite. Pathogénie ; clinique et traitement », monographie clinique. Paris, 1897.

**Monod et Vauverts.** — « De l'appendicite » Paris 1897. Encyclopédie scientifique des aide-mémoire, Collection Leauté.

Nous citerons simplement les sources auxquelles nous avons puisé nos documents :

**Verneuil.** *Revue mensuelle de médecine et de Chirurgie*. 1878. T. II, p. 401.

**Pilliet et Hartmann.** « Note sur une variété de syphlité tuberculeuse simulant les cancers de la région ». — *Bulletin de la Société anatomique*. Juillet 1891, p. 471.

**Billroth.** Société impériale de Vienne, 27 février 1891 et *Wiener medizinische Presse*, 1891, p. 351.

- Terrier.** « Typhlite tuberculeuse prise pour épithélioma du cœcum ». *Bulletin de la Société de chirurgie*. Février-juin 1892.
- Reclus.** « Typhlite et appendicite tuberculeuse. *Bulletin médical*. 1893, p. 587.
- Reclus.** Phlegmon ligneux du cou. *Médecine moderne* 1893, et thèse de Paris de Batsère, 1895.
- Manuel Hinglais.** « Essai sur l'actinomycoseappendiculo-cœcale », Thèse de Lyon, 3 février 1897.
- Gangolphe et Duplant.** « Typhlite et appendicite actinomycosique » *Revue de chirurgie*, 10 juin 1897, p. 503.
- Legneu et Beaussenat.** « Appendicite à forme néoplasique » *Revue de gynécologie de Pozzi*, n° 2, avril 1898, p. 301.
- Vautrin.** « Appendicites anormales » *Revue de gynécologie de Pozzi*, n° 1, p. 71.
- Jalaguier.** Traité de chirurgie (Duplay et Reclus<sup>1</sup>), 2<sup>e</sup> édition, T. VI, 1898, p. 673.







